

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ РЕАГИРОВАНИЕ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОЙ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Маленьких Г.А.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», Екатеринбург, e-mail: malga74@bk.ru

Статья посвящена поведенческому реагированию женщин с ЛМ, выявлению и описанию корреляционных связей стратегии поведения в конфликтной ситуации женщин с миомой (фибромиомой, лейомиомой) матки, их межличностного функционирования и некоторых конституционально-биологических факторов (клинический диагноз, вес, рост, индекс массы тела, возраст начала менархе, начала половой жизни, первого оргазма, наступления первой беременности). Проведено контролируемое, корреляционное исследование, где участвовало 152 женщины (основная группа - 101 женщина, контрольная - 51 женщина), выполнившие тест Томаса «Определение способов регулирования конфликта». В результате проведен сравнительный анализ, определены и описаны специфические корреляционные связи, ассоциированные со стратегией поведения женщин с ЛМ.

Ключевые слова: поведение в конфликтной ситуации, сексуальные расстройства, лейомиома, миома, фибромиома матки, психические расстройства, факторы, ассоциированные с лейомиомой.

BEHAVIORAL RESPONSE IN CONFLICT SITUATIONS, WOMEN WITH LEIOMIOMA DEPENDING ON COMORBID PATHOLOGY

Malenkih G.A.

Medical University of Ministry of Health of Russia, Ekaterinburg. e-mail: malga74@bk.ru

The article is devoted to the behavioral response of women with LM, identification and description of correlations strategy of behavior in conflict situations of women with myoma (fibroid, leiomyoma) of the uterus, their interpersonal functioning and some constitutional-biological factors (clinical diagnosis, weight, height, body mass index, menarche's age, sexual start, the first orgasm, first pregnancy). Controlled and correlational study took place in this article too, which involved 152 women (to suit a group of women -101, -51 control woman) who perform the Thomas' test "Definition conflict regulating ways". As a result, comparative analysis, they have been identified and described by specific correlations associated with the strategy of women behavior with LM.

Keywords: behavior in a conflict situation, sexual dysfunction, leiomyoma, fibroids, uterine fibroids, mental illness, factors associated with leiomyoma.

Лейомиомы (ЛМ), миомы, фибромиомы матки - наиболее часто встречающиеся доброкачественные новообразования репродуктивной системы женщин [1; 3], распространенность которых прогрессивно растет. Некоторые патологоанатомические исследования свидетельствуют о том, что распространенность ЛМ может достигать до 85% [3]. Этиопатогенез развития ЛМ остается многогранным и малоизученным [6], но большинство авторов обсуждают в качестве факторов риска: клинико-биологические (хромосомные повреждения [4], гормональные нарушения [4], тканевые повреждения миометрия [2]) и конституционально-биологические (наследственность [4], избыточную массу тела [3], особенности питания [7], наступление первой беременности [11], начало половой жизни [7]) факторы. Однако редки частные исследования этиопатогенетических факторов, таких как психологические, психические и сексуальные факторы личности больных, и тем более их поведения, как способ справиться и механизм решения проблем .

Нет ни одного исследования по особенностям конфликтного поведенческого реагирования женщин с ЛМ, которое может иметь особую значимость в поведении избегания [5]. В связи с репродуктивными последствиями страдает психическое и сексуальное функционирование [11] женщин. Сексуальное функционирование влияет на качественную сторону жизни женщины, на межличностные, в том числе семейно-сексуальные отношения, которые проявляются в эмоциональном поведении, зачастую через конфликтное реагирование.

С целью изучения влияния ЛМ на межличностное функционирование женщин, выявления и описания корреляционных связей стратегии поведения в конфликтной ситуации женщин с ЛМ, их сексуальной сферы и некоторых конституционально-биологических факторов (клинический диагноз, вес, рост, индекс массы тела (ИМТ), возраст начала менархе, начала половой жизни, первого оргазма, наступления первой беременности) было проведено настоящее исследование.

Материал и методы исследования. Это рандомизированное контролируемое исследование, где изучена 101 женщина с верифицированной в гинекологическом стационаре лейомиомой и 51 женщина из группы здорового контроля. Клинически женщины были исследованы психиатром не выборочно в течение года в гинекологическом отделении ФГБУ «Уральский НИИ Охраны младенчества и материнства» (г. Екатеринбург), в возрасте от 22 до 54 лет (средний возраст $37,931 \pm 1,519$). Критериями включения являлся верифицированный в стационаре диагноз ЛМ (миома, фибромиома матки), опыт сексуальных отношений и добровольное информированное согласие пациенток на исследование психиатром. Критерий исключения: отказ исследуемых женщин от обсуждения особенностей их сексуальной жизни, наличие диагноза онкологического гинекологического заболевания. В выборке преобладали пациентки с давностью ЛМ более 2 лет (83,2%), ЛМ с давностью менее 6 мес. выявлялась лишь у 4%.

В клиническом исследовании пациенток психиатром использовалось специально разработанное для пациенток с гинекологической патологией полуструктурированное интервью, содержащее пункты, уточняющие особенности психического состояния и сексуальной жизни, а также тест Томаса «Определение способов регулирования конфликта». Общая база исследования включала 152 женщины в возрасте от 20 до 54 лет (101 - основная группа, 51 - контрольная). Средний возраст женщин основной группы составил $37,931 \pm 1,518$ г., контрольной - $35,863 \pm 2,821$ ($t=1,300$, $p=0,194$). Поскольку различия по среднему возрасту между основной и контрольной группами оказались существенными, для целей настоящего исследования была предпринята рандомизация методом подбора пар по возрасту. В результате этой статистической процедуры были сформированы две эквивалентные по

объему ($n=33$) и сопоставимые по среднему возрасту ($37,364\pm 3,164$; 24-54 года) группы рандомизированного контролируемого исследования по тесту Томаса - основная и контрольная (общий объем выборки - 66 женщин). Между основной и контрольной группами при использовании сравнительного анализа методом подбора пар на основании вычисления углового преобразования Фишера [10] не было найдено значимой разницы по месту проживания (город / село), семейному положению, количеству детей и по используемым методам контрацепции ($p>0,05$).

Психические расстройства диагностировались психиатром в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 [8]. При количественной оценке поведения в конфликтных ситуациях по тесту Томаса на вопросы теста ответили все 66 респондентов, все заполненные ими бланки оказались пригодны для анализа.

Клинические данные (в том числе шкалы теста Томаса) последовательно вводились в компьютерную базу статистического пакета Vortex 8.0.7, имеющего необходимый сервис для расчетов средних величин со стандартными отклонениями, определения нормальности распределения, сравнения средних на основе t-критерия Стьюдента. В случае необходимости сравнения выборок с распределением, отличающимся от нормального, использовался критерий Манна-Уитни (U). В настоящем исследовании полученные результаты считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

В сравнительном исследовании по тесту Томаса участвовала рандомизированная выборка (66 женщин, 33 из них - с ЛМ). В результате данного рандомизированного контролируемого исследования средних оценок теста Томаса, между группами сравнения ни по одной из шкал теста не обнаружено значимых различий ($p>0,05$).

Для проведения дальнейшего анализа сексологических и гинекологических клинко-биологических факторов, ассоциированных с ЛМ, с поведенческим реагированием в конфликтных ситуациях, был проведен корреляционный анализ. Использованы данные нерандомизированной выборки ($n=152$), включающей основную группу (101 женщина с ЛМ) и контрольную (51 гинекологически здоровая женщина). Клинко-биологические характеристики женщин основной группы были извлечены из историй болезни (клинический диагноз) и в обеих группах - получены психиатром при проведении полуструктурированного интервью (вес, рост, индекс массы тела (ИМТ), возраст на момент исследования, возраст начала менархе, начала половой жизни, первого оргазма, наступления первой беременности). Все данные исследования были получены в одно время с заполнением респондентками теста Томаса. Средние распределения клинко-биологических характеристик, выровненных по возрасту, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Средние показатели основной (n=33) и контрольной групп (n=33) по конституционально-биологическим характеристикам

Группа сравнения	Возраст менархе	Возраст начала половой жизни	Возраст первого оргазма	Возраст наступления первой беременности	Вес	Рост	ИМТ
Основная	12,696 ±0,432	18,666 ±0,812	20,346 ±1,492	21,551 ±1,343	72,818 ±6,080	163,272 ±2,136	26,954 ±2,280
Контрольная	13,060 ±0,345	18,575 ±0,788	20,066 ±1,087	19,500 ±2,714	67,242 ±5,259	164,909 ±2,254	24,030 ±2,172
t	1,348	0,165	0,317	1,410	1,423	1,081	1,905
p	0,1	0,9	0,8	0,2	0,2	0,3	0,1

Примечание: t - критерий Стьюдента

При анализе средних показателей конституционально-биологических переменных ни в одной из них статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

Далее был проведен корреляционный анализ, в котором оценки шкал теста Томаса участвовали в качестве независимых переменных, а конституционально-биологические переменные - в качестве зависимых, и представлен в табл. 2.

Таблица 2

Матрица корреляций оценок шкал теста Томаса с конституционально-биологическими переменными в смешанной выборке женщин с лейомиомой (n=101) и здоровых женщин (51)

Шкалы теста Томаса	Клинико-биологические переменные								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Избегание	+Eta=0,23 p=0,005	V = 0,241 p=0,7	V=0,284 p=0,05	V=0,261 p=0,9	V= 0,236 p=0,9	V=0,226 p=0,8	V=0,287 p=0,1	V=0,259 p=0,5	V=0,281 p=0,5
Компромисс	Eta=0,095 p=0,3	+Eta=0,513 p=0,001	V= 0,222 p=0,5	V=0,251 p=0,8	V=0,206 p=0,9	V=0,192 p=0,9	V=0,260 p=0,3	-V=0,303 p=0,001	V= 0,269 p=0,2

Приспособление	Eta=0,01 p=0,9	Eta=0,65 8 p=0,001	V=0,289 p=0,05	V=0,233 p=1,0	V=0,237 p=0,9	V=0,236 p=0,7	V=0,229 p=0,95	V=0,255 p=0,7	V=0,271 p=0,3
Соперничество	Eta=0,131 p=0,2	V=0,291 p=0,1	V=0,294 p=0,1	V=0,302 p=0,3	V=0,259 p=0,5	-V=0,307 p=0,01	+V=0,300 p=0,02	-V=0,307 p=0,01	V=0,211 p=1,0
Сотрудничество	Eta=0,03 7 p=0,7	V=0,255 p=0,3	V=0,251 p=0,5	V=0,224 p=1,0	V=0,262 p=0,5	V=0,262 p=0,2	V=0,258 p=0,5	V=0,242 p=0,8	V=0,280 p=0,2

Примечание: 1 - наличие ЛМ; 2 - возраст менархе; 3 - возраст начала половой жизни; 4 - возраст первого оргазма; 5 - возраст на момент исследования; 6 - вес; 7 - рост; 8 – ИМТ - индекс массы тела (баллы); 9 - возраст наступления первой беременности; в ячейках таблицы указаны коэффициенты корреляции: Eta - Эта, V - V Крамера; знак «+» условно указывает позитивный характер связи, знак «-» - негативный.

Для всех шкал теста Томаса, кроме шкалы «Сотрудничество» ($p > 0,05$), были обнаружены значимые корреляционные связи с конституционально-биологическими переменными. Такие конституционально-биологические переменные, как возраст начала половой жизни, возраст первого оргазма, возраст на момент исследования и возраст наступления первой беременности, не продемонстрировали значимых корреляционных связей с оценками теста Томаса ($p > 0,05$). Прослежены значимые позитивные связи наличия ЛМ с оценками по шкале «Избегание» ($p = 0,005$); возраста менархе - с оценками по шкале «Компромисс» ($p = 0,001$); роста - с оценками по шкале «Соперничество» ($p = 0,02$); и значимые негативные связи возраста менархе - с оценками по шкале «Приспособление» ($p = 0,001$); веса - с оценками по шкале «Соперничество» ($p = 0,01$); ИМТ - с оценками по шкалам «Компромисс» ($p = 0,001$) и «Соперничество» ($p = 0,01$).

Полученные данные указывают на то, что наличие ЛМ ассоциировано с повышением оценок шкалы «Избегание», то есть женщины с ЛМ в конфликтных ситуациях или в ситуациях конфликта интересов чаще принимают выбор избегающего поведения. «Убегая» от конфронтации с проблемой, от ее решения, они не достигают своей цели, вынуждены к ней возвращаться через какое-то время, прожив этот временной период в состоянии стресса, тревоги и ожидания. Их отличает отсутствие внимания к интересам другой стороны конфликта, невовлеченность в ситуацию, стремление найти не решение, но выход. В семейных отношениях стратегия избегания приводит, с одной стороны, к приглушению явного конфликта, с другой - к накоплению негативных эмоций, имеющих тенденцию к хронизации. При этом выбирают позицию некой «жертвы в побеге» и «терпят». Такой выход из конфликта зачастую также не приводит к его разрешению, к изменению в лучшую

сторону межличностных и семейных отношений, загоняя их в эмоциональный и коммуникативный тупик.

Корреляции психологических показателей с возрастом менархе указывают, что женщины с более поздним началом менархе склонны в конфликтах скорее уступать, но не приспособливаться. Они не готовы приносить в жертву ради другого собственные интересы. Стремясь разрешить конфликт, предлагают варианты решения, добиваются взаимных уступок и компромиссного решения.

Интересными, и вряд ли случайными, оказались значимые связи стилей межличностных отношений с такими конституционально-биологическими параметрами, как вес, рост и ИМТ. Так, женщины более высокого роста при конфликте интересов были более склонны к конкуренции, любыми путями защищая свои интересы, зачастую в ущерб другой стороне конфликта. И наоборот, чем ниже рост женщины, тем меньше склонность к конкуренции, меньше возможности защищать свои интересы в конфликте, больше выражена склонность уступать другой стороне конфликта. Женщины с повышенной массой тела, имея заниженную самооценку, неуверенные в себе, вероятно, не способны вступаться за себя в конфликтных ситуациях, в результате избегают конфронтации, соперничества и борьбы.

Такая же тенденция прослеживается и в корреляциях шкал теста Томаса с ИМТ: чем выше был ИМТ, тем ниже оценки шкал «Компромисс» и «Соперничество». Женщины с ожирением (ИМТ=30-35 и выше) не склонны при конфликтах ни к борьбе, ни к компромиссу. С одной стороны, высокая предрасположенность женщин с ЛМ к развитию избыточной массы тела [3], с другой - избыточная масса тела является неоспоримым и значимым фактором риска развития ЛМ [3]. В качестве же самостоятельного фактора риска избыточная масса тела была определена значимой в поздний репродуктивный период [3]. Безусловно, сексуальное функционирование женщины, как более социально обусловленное в сравнении с репродуктивными параметрами, также может быть опосредовано личностно-конституциональными факторами и стилем межличностных отношений. Эта гипотеза была проверена в исследовании сексуального функционирования женщин с ЛМ.

В настоящем исследовании 53 женщины с ЛМ (%) имели сексологический диагноз. Распределение сексологических диагнозов представлено в табл. 3.

Таблица 3

Распределение пациенток с диагнозами F 52 «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием» (n=31)

№	Диагнозы F 52 «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием»	Коды МКБ-10	n	%
1	Отсутствие или потеря полового влечения	F 52.0	20	62,5
2	Оргазмическая дисфункция	F 52.3	17	59,4
3	Отсутствие сексуального удовлетворения	F 52.11	13	26,3
4	Сексуальное отвращение	F 52.10	3	5,3
Всего:			53	107,0*

Примечание: * сумма превышает 100%, поскольку количество диагнозов превышает количество больных (n=31), среднее число диагнозов на 1 пациентку - 1,7.

Из всего спектра сексуальных расстройств (F 52) у женщин с ЛМ выявлены в соответствии с МКБ-10 4 формы расстройств: F 52.0, F 52.3, F 52.11 и F 52.10.

С целью выявления связей сексологической патологии и типов реагирования в конфликтных ситуациях, был проведен корреляционный анализ, в котором оценки шкал теста Томаса участвовали в качестве независимых переменных, а сексологические диагнозы - в качестве зависимых. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Матрица корреляций оценок шкал теста Томаса с сексологическими диагнозами в контрольной группе (n=101)

Сексологические диагнозы	Шкалы теста Томаса				
	Избегание	Компромисс	Приспособление	Соперничество	Сотрудничество
F 52.0	V =0,203 p=0,7	V =0,262 p=0,5	V =0,258 p=0,7	V =0,256 p=0,8	V = 0,245 p=0,7
F 52.10	V =0,265 p=0,9	γ =0,333 p=0,7	γ =0,479 p=0,5	V =0,400 p=0,1	γ =0,325 p=0,7
F 52.11	γ =0,334 p=0,3	γ =0,249 p=0,5	V =0,148 p=0,98	γ =0,420 p=0,2	V =0,257 p=0,7
F 52.3	V =0,255 p=0,7	V =0,299 p=0,3	V =0,218 p=0,8	V =0,316 p=0,5	V =0,201 p=0,9

Примечание: F 52.0 - отсутствие или потеря полового влечения; F 52.10 - сексуальное отвращение; F 52.11 - отсутствие сексуального удовлетворения; F 52.3 - оргазмическая дисфункция; в ячейках таблицы указаны коэффициенты корреляции: V - V Крамера; γ -

коэффициент корреляции Гамма; «+» условно указывает позитивный характер связи, «-» - негативный.

Ни для одной шкалы теста Томаса с сексологическими диагнозами не было обнаружено значимых корреляционных связей ($p > 0,05$). Таким образом, нарушения межличностного функционирования вследствие ЛМ за счет сексуальных нарушений выявлено не было.

Из всей группы женщин с ЛМ нарушением детородной функции в виде бесплодия (Z 31 - восстановление и сохранение детородной функции (бесплодие) по МКБ № 10) страдало 5 человек, что составило 62,5% женщин основной группы, имеющих другие (не ЛМ), сопутствующие гинекологические диагнозы (5 из 8 человек). При сравнении групп исследования нарушение детородной функции (Z 31) выявило значимую разницу ($p < 0,05$). В контрольной группе не было ни одной женщины с диагнозом Z 31 - бесплодие.

Для исключения или подтверждения изменения межличностного функционирования вследствие нарушений репродуктивной функции был проведен корреляционный анализ теста Томаса с бесплодием (Z 31). Матрица корреляционного анализа представлена в табл.5.

Таблица 5

**Матрица корреляций оценок шкал теста Томаса
с бесплодием в основной (n=101) группе**

Диагноз	Шкалы теста Томаса				
	Избегание	Компромисс	Приспособление	Соперничество	Сотрудничество
Z 31	V= 0,097 p=1,0	V = 0,349 p=0,1	V = 0,322 p=0,3	V =0,323 p=0,5	V= 0,210 p=0,9

Примечание: диагноз Z 31 - восстановление и сохранение детородной функции (бесплодие); коэффициент корреляции: V - V Крамера.

Таким образом, при корреляционном анализе репродуктивной функции и теста Томаса, как и при аналогичном корреляционном анализе с сексологическими нарушениями, значимых корреляционных связей ($p < 0,05$) выявлено не было. Влияние на межличностное функционирование вследствие нарушения репродуктивной и сексуальной сферы по причине ЛМ не выявлено.

Выводы. Исследование поведенческого реагирования в конфликтных ситуациях с помощью теста Томаса у женщин с ЛМ в сравнении со здоровым контролем ни по одной из шкал значимых различий не выявило ($p > 0,05$). Также не было выявлено статистически

значимых различий ($p > 0,05$) при анализе средних конституционально-биологических переменных, рассматриваемых в данном исследовании. 53 (71,1%) женщины с ЛМ имели сексологический диагноз. Нарушением детородной функции в виде бесплодия (Z 31 по МКБ № 10) страдало 5 женщин, что в сравнении групп исследования выявило значимую разницу ($p < 0,05$). В контрольной группе не было ни одной женщины с данным диагнозом. Всего 62,5% женщин (5 из 8) основной группы, имеющих другие гинекологические заболевания (кроме ЛМ), также имели диагноз Z 31 - бесплодие.

С помощью корреляционного анализа были обнаружены значимые корреляционные связи ($p > 0,05$), с конституционально-биологическими переменными - все шкалы теста Томаса (кроме шкалы «Сотрудничество»). Выявлены значимые связи стилей межличностных отношений с такими конституционально-биологическими параметрами, как вес, рост и ИМТ. При этом с сексологическими расстройствами, так же как и с репродуктивной функцией, ни для одной шкалы теста Томаса значимых корреляционных связей не обнаружено ($p > 0,05$).

Результаты исследования предполагают высокую способность женщин с ЛМ к поведенческому деструктивному реагированию в конфликтных ситуациях в виде стиля поведения избегания и приспособления в связи с ранним началом менархе, возрастом начала половой жизни; возможность конструктивных видов поведенческого реагирования в виде компромисса и соперничества в зависимости от ИМТ, роста, веса, а также возраста менархе. Не выявлено влияние сексуального и репродуктивного функционирования вследствие ЛМ на стиль поведения и межличностного взаимодействия.

Список литературы

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М. : Медицинское информационное агентство, 2006. - 786 с.
2. Вихляева Е.М., Л.И. Василевская. Миома матки. – М. : Медицина, 1981. – 160 с.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. - 400 с.
4. Вихляева Е.М. Клинико-гинекологическое изучение наследственной предрасположенности к заболеванию миомой матки // Акуш. и гинекол. - 1998. - № 2. - С. 27-31.
5. Кулагина Н.В. Миома матки: иммунологическая и психосоматическая концепция развития, индивидуальный прогноз и тактика ведения : автореф. дис. ... докт. мед. наук : 14.00.01. – М., 2010.

6. Курбанова Г.Х. Роль генетических факторов в развитии миомы матки // Сб. тр. Мед. генет. в Узбек. – Ташкент, 1991. - С. 40-42.
7. Линдсей Н. Овощные диеты при миоме матки // Фам PRAC Новости. – 1999. - 15 окт. – С. 48.
8. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: исследовательские диагностические критерии. – Женева : ВОЗ ; СПб., 1994. - 208 с.
9. Сапаргалиева А.Д., Манасова И.К., Искакова Э.Е., Ефименко И.Г. Миома матки – вопросы эпидемиологии, диагностики и особенностей течения // Вестник КазНМУ. - 2013. - № 3 (2). - С. 15-18.
10. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. — СПб. : ООО «Речь», 2003. — 350 с.
11. Сидорова И.С. Миома матки и беременность. – М., 1985. - 192 с.